

Forum Aree interne: nuove strategie per la programmazione 2014-2020 della politica di coesione territoriale

Rieti, Auditorium Fondazione Varrone

11 - 12 marzo 2013

COME ASSICURARE SERVIZI ADEGUATI E COME INVESTIRE PER LA CREAZIONE DI RETI TERRITORIALI DELLA SALUTE?

APPUNTI PER LA DISCUSSIONE

a cura di Gilberto Turati¹

I. Più efficienza per contenere la spesa

La riorganizzazione dei servizi sanitari pubblici, in Italia come in altri paesi, è chiaramente guidata da ragioni di efficienza: si ricercano soluzioni organizzative più efficienti per contenere la crescita della spesa (quella attuale e quella che si può presumere dato l'invecchiamento della popolazione), cercando di garantire – nello stesso tempo – servizi migliori (più efficaci) ai cittadini.

La riorganizzazione della rete territoriale degli ospedali (la spesa per i quali copre ancora in Italia circa la metà della componente pubblica della spesa sanitaria) è un esempio di questo modo di pensare le politiche per la salute. Due sono le determinanti profonde del cambiamento. Da un lato, la constatazione di un mutato quadro epidemiologico - nel quale prevalgono malattie croniche che comportano bisogni di assistenza diversi rispetto al passato - spingono ad una riduzione della capacità produttiva degli ospedali. L'ospedale costa troppo e non serve più per garantire i servizi che servono primariamente ai cittadini. Questo impone un massiccio spostamento di risorse dall'ospedale alle cure territoriali, che si traduce nell'abbandono di un modello di cura al quale i cittadini sono ancora fortemente legati (l'ospedale come "luogo della cura"), verso un modello ancora tutto da disegnare e da sperimentare. Dall'altro lato, accanto al mutamento dei bisogni, si registra la presa di coscienza – da parte dei responsabili delle politiche economiche – dei risultati della letteratura economica e di quella medica che suggeriscono l'esistenza di economie di scala nella produzione dei servizi sanitari, alle quali si accompagna l'esistenza di vantaggi clinici in termini di qualità delle cure all'aumentare dei volumi. La ristrutturazione della rete che accompagna la riduzione della capacità produttiva dovrebbe allora essere perseguita attraverso

¹ Università degli Studi di Torino

l'accentramento delle cure in ospedali più grandi che riescono a curare un numero adeguato di pazienti. Il corollario di questa politica è la chiusura dei piccoli ospedali, sia perché inefficienti in termini di scala, sia perché inefficaci in termini di qualità delle cure.

II. Un classico trade-off tra efficienza ed equità per le aree interne?

Le conseguenze di questa riorganizzazione per le aree interne sono evidenti a partire dalla definizione stessa di area interna, che ne sottolinea la perifericità e la bassa densità abitativa, tutti elementi che spingono nella direzione di un allontanamento dei centri di cura (intesi come ospedali, ma non solo) che diventano meno numerosi sul territorio e più grandi rispetto al passato. Se c'è un piccolo ospedale, si dovrebbe chiudere perché inefficiente e rischioso/inefficace in termini di salute. Se non c'era, l'area interna difficilmente può essere prescelta come luogo per costruirne uno nuovo più grande (e questo vale per il pubblico, così come per i servizi privati, che non troverebbero profittevole installarsi in un'area dove manca la domanda). Tutti questi elementi spingono verso un possibile peggioramento sul versante dell'equità e impongono di interrogarsi su almeno tre quesiti, tre declinazioni del concetto di equità:

- a) il perseguimento di un maggior grado di efficienza ha portato un peggioramento dell'equità in termini di salute? Esistono evidenze causali e, prima ancora, puramente descrittive? Chi vive nelle aree interne sta meglio o sta peggio di chi vive in un'area urbana? Che ne sappiamo dell'aspettativa di vita alla nascita? Le differenze ci sono e sono statisticamente significative? Che cosa sappiamo delle altre determinanti della salute, per esempio la qualità dell'ambiente?
- b) Quali conseguenze in termini di equità nelle possibilità di accesso ai servizi? Si sono registrati episodi di chiusura di piccoli ospedali nelle aree interne? Ci sono ancora piccoli ospedali nelle aree interne a rischio di chiusura? Che cosa ha comportato (o che cosa comporterebbe) la chiusura? Di quanto si allontanerebbero i "luoghi della cura"? E per gli altri servizi? Che cosa fa una giovane coppia quando decide di avere un figlio per la diagnostica prenatale? Come si gestiscono le emergenze?
- c) Quali conseguenze in termini di equità nel consumo di servizi? Esistono evidenze causali e, prima ancora, puramente descrittive che chi vive nelle aree interne consuma meno servizi a parità di bisogno?

Le giovani coppie che decidono di avere un figlio e che vivono nelle aree interne effettuano meno controlli ginecologici rispetto alle coppie che vivono nelle aree urbane? Questo impatta sulla salute dei bambini e sulla salute della madre? E gli anziani ammalati per esempio di diabete? Ci sono differenze nelle visite cardiologiche.

III. Quali conseguenze per il disegno delle politiche?

Se la riorganizzazione dei servizi sanitari impone davvero un trade-off tra efficienza ed equità, se i dati ci dicono che c'è davvero uno svantaggio per chi vive nelle aree interne, allora le politiche della salute per le aree interne devono essere ri-orientate a favore dell'equità: nella salute, nell'accesso ai servizi, nel consumo di servizi. E se per la salute e per il consumo di servizi incidono fattori che le politiche sanitarie non possono modificare (la qualità dell'ambiente o il livello di istruzione) è sull'equità nelle possibilità di accesso ai servizi che si deve lavorare, è sull'eguaglianza delle opportunità nell'accesso che ci si deve sforzare di trovare soluzioni organizzative adeguate.

Sull'eguaglianza nelle possibilità di accedere ai servizi sembra necessario innanzitutto distinguere differenti tipologie di servizi. La gestione delle emergenze non può essere messa sullo stesso piano dei servizi diagnostici: il problema è, nel primo caso, come garantire la risposta in tempi rapidi, anche a chi si trova nel piccolo comune di montagna o su un'isola; nel secondo caso, come garantire un sistema di avvicinamento del servizio al paziente o del paziente al servizio. Non mi pare esistano soluzioni valide per tutti i casi: sono importanti la conformazione del territorio e le distanze, sono importanti i costi e l'efficacia delle diverse soluzioni possibili. Per esempio, l'emergenza per l'infarto miocardico acuto può essere affrontata istruendo qualche membro della comunità all'impiego di un defibrillatore in attesa di un'ambulanza oppure con l'impiego di un elicottero. Gli esami di laboratorio possono essere garantiti da una infermiera che una o due volte la settimana va dai pazienti in un ambulatorio appositamente predisposto in uno dei centri dell'area interna; e anche gli ecografi (almeno alcuni) si possono spostare.

Ma per la TAC o la PET, bisogna prendere i pazienti e portarli in un ospedale dove si possono fare lavorare a pieno carico queste attrezzature diagnostiche.

Proprio perché non esistono soluzioni valide per tutti i casi, dal punto di vista organizzativo è cruciale il coinvolgimento dei livelli di governo più vicini ai cittadini nel disegno delle risposte ai bisogni. È nei Comuni che si annida l'informazione sul bisogno ed è a questo livello che sembra necessario rivolgersi per raccogliere le informazioni rilevanti per la programmazione dei servizi e per la definizione dei bacini di utenza (cruciale per il disegno delle Aziende Sanitarie Locali). Il coinvolgimento degli enti locali più prossimi ai cittadini è, non a caso, tipico dei sistemi sanitari nordici che – probabilmente – potrebbero essere facilmente classificabili come aree interne. È a questi sistemi che dovremmo probabilmente rivolgere lo sguardo per trovare esperienze utili per disegnare servizi sanitari migliori per le aree interne.